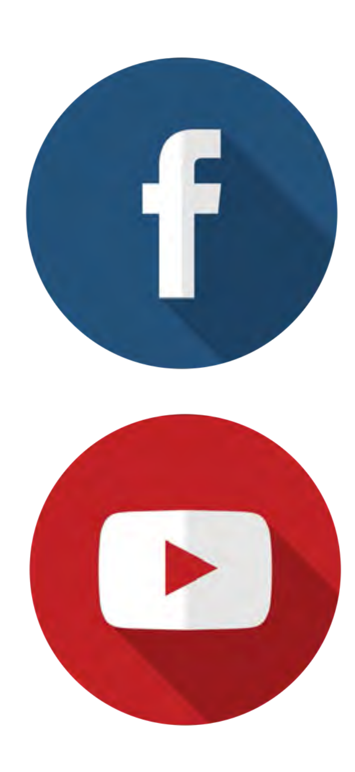
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Les épilepsies

Définition d'une crise d'épilepsie: manifestation Clinique en relation avec une hyperactivité paroxystique d'un groupe de neurones et de son éventuelle propagation.

Se manifeste par :

- Modification de l'état de conscience
- Phénomènes moteurs et/ou sensitifs, sensoriels, psychiques, végétatifs,.
- Altération de la réponse de l'individu à son environnement

L'épilepsie est une maladie qui se définit par :

- Une répétition des crises spontanées,
- Une crise avec une prédisposition à sa répétition (EEG, Imagerie révélant une lésion compatible)

Remarque:

- On ne peut parler d'épilepsie sans crises cliniques.
- Les manifestations cliniques sont diverses mais stéréotypées chez le même malade.
- Clinique et EEG : signes critiques, signes post-critiques « d'épuisement transitoire (signes déficitaires, paralysie de TODD), signes intercritiques

Les types d'épilepsies selon l'étiologie :

1- Epilepsie non idiopathique : lésionnelle (irritative), cryptogénique (lésions infracliniques, imagerie normale)
2- Epilepsie idiopathique

Physiopathologie : Hyperexcitabilité cérébrale due à :

1- Rupture de l'équilibre ionique de la NaK-ATPase
2- Hyperfonctionnement du système excitateur Glutaminergique
3- Hypofonctionnement du système inhibiteur Gabaergique
4- Cicatrices corticales : tissus hyperexcitable

Epidémiologie

- Enfant < 10 : pic des épilepsies idiopathiques
- Sujet âgé > 75 ans : pic des épilepsies lésionnelles

Les types de crises d'épilepsie

- **Crises généralisées**
  1- Crises tonico-cloniques généralisées : évoluent en 3 phases ; la phase tonique 10-20sc (cris, rigidité, perte de conscience, chute, morsure de langue, signes végétatifs), la phase clonique 30sc, la phase post-critique coma de 15 minutes, le patient s'endort après ou se réveille confus)
  2- Crises toniques
  3- Crises cloniques (surtout chez les nourrisson, fièvre à 38.5)
  4- Les myoclonies massives et bilatérales : pas de perte de la conscience ; mouvements répétés mais arythmiques
  5- Les absences typiques/ Simples : perte de contact de 10-20 sc, reprise immédiate des activités avec amnésie de l'épisode, provoqués par l'hyperventilation.
  EEG : pointes ondes à 3c/sc, bilatérales, régulières, synchrones sur un rythme de fond normal.

6- Les absences atypiques : début et fin moins brutaux, perte de contact moins nette, manifestations motrices fréquentes parfois responsables de chutes.
EEG : pointes ondes régulière asynchrones < 3c/sc
Syndrome de Lennox Gastraut

7- Les spasmes
Syndrome de West : nourrisson < 1an, « le tic du Salam » : spasmes en flexion. Peut retentir sur le développement psychomoteur
EEG : Ipsarythmie

Diagnostic différentiel : Syncope cardiaque, syncope vago-vagale, hypotension orthostatique, névrose de conversion

- **Crises partielles**

1- Crises partielles simples
Pas de rupture du contact
Clinique dépend de la localisation et de la fonction de la région qui décharge ainsi que de la propagation et de sa vitesse.
Stéréotypée chez le même patient
EEG : ondes lentes focalisées en post-critique
Sémiologie : Motrice simples : Bravais-Jacksoniennes, Crise sensitive, Crise hallucinatoire

2- Crises partielles complexes
Rupture du contact (Intérêt du témoin)
Clinique : caractère paroxystique stéréotypé et progression logique des symptômes
EEG : mise en évidence d'anomalies épileptiques inconstantes

Diagnostic différentiel : AIT, Migraine avec aura

Les syndromes épileptiques

1- Epilepsie myoclonique juvénile
Touche l'enfant de 12-18 ans
Myoclonies, crises tonico-cloniques +/- absences
Facteur déclenchant : manque de sommeil parfois SLI
EEG : décharge polypointes ondes bilatérales et symétriques
Traitement : pharmacosensible, pharmacodépendance

2- **Epilepsie absence de l'enfant :**
Epilepsie généralisée idiopathique
3-12 ans
Absences, peut y avoir des contractions généralisés mais à distance des absences
EEG caractéristique, décharge bilatérale symétrique
Traitement : pharmacosensibilité habituelle à la dépakine, mauvaise réponse au gardénal

3- Syndrome de West
Epilepsie généralisée non idiopathique
Nourrisson de 6-18 mois

4- Syndrome de Lennox Gastaut
Epilepsie généralisée non idiopathique

Enfant de 2 à 6 ans
Crises toniques atoniques et absences atypiques
EEG POL
Epilepsie sévère rebelles au traitement
Détérioration intellectuelle

5- Epilepsie à paroxysme rolandique (centro-temporale à l'EEG)
Epilepsie partielle idiopathique
Enfant de 3-6 ans
Crises partielles oro-faciales en rapport avec le sommeil (morphéiques)
Légère prédominance masculine
Guérison à la puberté
Pas de traitement sauf si crise fréquente, pendant la journée ou quand ça se généralise

Etat de mal épileptique : prolongement des crises, grave nécessitant une prise en charge en réanimation.

Enquête étiologique :

- Epilepsie partielle : IRM
- Epilepsie tardive (après 20 ans) à explorer

Traitement :

De la crise d'épilepsie :

- Eviter les traumatismes
- Position Latérale de Sécurité après la crise
- Le valium n'est pas systématique sauf si état de mal ou récidive de la crise
- Traitement de la cause

Traitement de fond :

Choisir en fonction du syndrome et du terrain, évaluer le rapport bénéfice/risque (effets secondaires)

Armes : Antiépileptiques de 1ère et de 2ème génération

Indications :

- Si épilepsie rolandique ou non confirmée => ne pas traiter
- Commencer avec un seul médicament, avec la dose la plus faible possible et augmenter progressivement. Efficacité évaluée par la rentabilisation des crises
- On parle d'échec lorsqu'on a atteint les doses maximales sans efficacité, on passe à la bithérapie, si résistance ; chirurgie si possible
- Surveillance du traitement : clinique +/- EEG et bilan hépatique pour évaluer les effets secondaires
- Arrêt 3 à 5 ans après, sans aucune crise avec réduction sur 6 à 12 mois avant l'arrêt définitif.
- Si pharmacorésistance => chirurgie